

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

239

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jacques CAILLABET

né le 10 mai 1915 à Saint-Magne de Castillon (Gironde)

**Contribution à l'Etude
des
TERATOMES
rétro-péritoneaux**

Président: M. CUNÉO Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jacques CAILLABET

né le 10 mai 1915 à Saint-Magne de Castillon (Gironde)

**Contribution à l'Etude
des
TERATOMES
rétro-péritoneaux**

Président: M. CUNÉO Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Editeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LAIGNEL-LAVASTIN
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre Duval.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
MELINE	Pathologie chirurgicale.
ARIETY	Pathologie médicale.
ERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
ESANÇON (Justin)	Hydrologie.
NNET	Bactériologie.
DULANGER	Chimie.
DULIN	Pathologie médicale.
ROUET	Pathologie médicale.
ULLIARD	Histologie.
CHERA	Pathologie médicale.
ORDIER	Anatomie.
OSTE	Pathologie médicale.
DUVELAIRE (Roger)	Urologie.
ELARUE	Anatomie pathologique.
ELAY	Pathologie médicale.
EGREZ (H.)	Physique.
SOILLE	Médecine légale.
GONNET	Obstétrique.
GNON	Physique.
VRE	Pathologie chirurgicale.
UNCK - BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
LLIARD	Parasitologie.
RCIN	Pathologie médicale.
le GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.
YET	Physiologie
E GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgicale.
SQUET	Obstétrique.
HAILEY-BERT	Physiologie.
ENIOT	Pharmacologie.
ITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) .		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A qui je dois tout.

Faible témoignage de tendresse filiale et de ma respectueuse reconnaissance.

Que cette thèse leur fasse oublier les soucis que j'ai pu leur donner.

A MES FRERES

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR HENRI GANDIE

Qui m'a inspiré l'Amour de la Médecine.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE RIOU

Chef de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Nantes

*Qui nous a inspiré ce travail
et fourni les matériaux nécessaires à son achèvement.*

Qu'il soit assuré de notre attachement et agrée nos cordiaux remerciements.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SEBILLEAU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAHUAUD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BUREAU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT BUREAU.

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDUCHAUD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAGNARY.

MONSIEUR LE DOCTEUR LAINE.

MONSIEUR LE DOCTEUR V. GUILLON.

En remerciement de l'enseignement qu'ils m'ont prodigué.

*Avec toute ma reconnaissance
et mon admiration.*

A MES AUTRES MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR COLAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR C. LE SEACH.

Avec ma gratitude.

INTRODUCTION

Au cours de notre dernière année d'étude, nous avons eu l'occasion d'observer à Nantes, un cas de tératome abdominal rétro-péritonéal. Cette affection nous a inspiré le sujet de ce travail, tant à cause de sa rareté que par l'intérêt pathogénique qu'elle soulève.

VIRCHOW a défini les tératomes : tumeurs mixtes, formées par des tissus multiples, non plus à l'état d'ébauche, comme dans les tumeurs mixtes simples et les embryomes, mais à l'état d'organes différenciés et nettement reconnaissables. Ces tumeurs se rapprochent beaucoup des embryomes par la complexité de leur structure, mais ils en diffèrent par ce fait important que l'on trouve ici des organes véritables et non des fragments de tissu que seul l'examen histologique permettait de constater. C'est en somme une sorte de transition, de lien naturel, entre les tumeurs mixtes, les embryomes et les monstres véritables, en particulier les monstres doubles.

De nombreuses théories ont été soutenues pour expliquer la formation de ces phénomènes. Aucune n'est vraiment satisfaisante, et il en sera ainsi tant que le mécanisme des tumeurs en général n'aura pas été découvert.

Nous n'avons pas dans cette thèse la prétention d'apporter quelque chose de nouveau à l'état actuel du problème si complexe des tératomes, mais il nous a paru intéressant, en mettant en valeur cette observation, d'essayer « de faire le point » de la question, si tant est que cela est possible dans les circonstances présentes.

HISTORIQUE

La question des monstruosités, qu'englobe la tératologie en général, a intéressé les hommes depuis la plus haute antiquité. Chacun connaît la place que prenait l'apparition d'un monstre dans la vie publique égyptienne, chaldéenne, athénienne, romaine, gauloise même.

Plus près de nous, nous voyons un Moyen-Age riche en histoires démoniaques, se rapportant aux monstres. AMBROISE PARÉ lui-même, croyait à une participation actives des succubes et des incubes.

A partir du XVII^e siècle, on commence à renoncer aux croyances superstitieuses touchant les monstruosités et les savants de l'époque pensèrent avec sagesse à faire entrer les monstres dans le cadre des phénomènes naturels.

Il faut pourtant attendre jusqu'à la seconde moitié du XVIII^e siècle pour trouver des ouvrages s'attaquant au problème sur le plan scientifique, c'est-à-dire en opposant la tératologie, étude des résultats et des mécanismes amenant des déviations au développement germinatif, à l'embryologie qui elle, étudie le développement normal du germe.

Les travaux de HALLER en 1751, de WOLFF en 1759,

ne furent cependant pas poussés et il faut attendre l'arrivée de Etienne GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, pour voir en 1822, soutenir et essayer de démontrer par des expériences sur les œufs d'animaux, que le développement embryonnaire pouvait être troublé par des influences extérieures, et par suite donner comme résultat des monstres.

Peu après, LOMBARDINI, en 1869, et surtout DARESTE, en 1891, apportèrent des arguments irréfutables à cette thèse, à tel point, qu'on peut considérer DARESTE comme le fondateur de la tératologie expérimentale.

Comme nous le verrons au chapitre de la Pathogénie, VERNEUIL, REMAK, MATHIAS-DUVAL, FOL, s'attachèrent de leur côté à préciser la pathogénie des endocrymiens, monstruosité composée d'amas tissulaires, qui au lieu d'être appendus en un point quelconque externe d'un organisme se trouvent au contraire inclus dans l'organisme et se présentent sous l'aspect clinique de tumeurs. Ces endocrymiens sont du reste, en pathologie externe, nommés embryomes ou tératomes.

C'est WILMS, qui en 1902 a étudié complètement la question des tératomes et des tumeurs mixtes tératoïdes. Toutefois, BARDET, TRÉVOUX, DELBET et surtout PILLIET, avaient signalé et tenté d'affronter la question auparavant.

LEXER, spécialisant encore la question, laissa même de côté les tératomes sacro-coccygiens et médiastinaux, pour s'occuper uniquement des monstruosité de la cavité abdominale — beaucoup plus rares. — C'est à cette sorte

de tumeur que vient s'attacher notre observation inédite.

HELBÉ en 1918, s'occupa de la morphogénèse des tumeurs mésodermiques rétro-péritonéales.

WEIER en 1932 publia un travail sur un cas de tératome de la cavité abdominale.

Personnellement, nous avons pu réunir quatre observations semblables, dont une inédite (Observation des Docteurs PIERRE RIOU et RENÉ TURON de Nantes). Elle est assez détaillée. Malheureusement, l'examen histologique de la pièce manque, les circonstances ne nous ayant pas permis d'avoir le loisir, ni la possibilité de le faire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Docteurs P. RIOU et TURON (*Inédite*)

M. Jean P... ouvrier boulanger à X... (Vendée), est envoyé en consultation au Docteur RIOU, par le médecin lieutenant TURON du 65^e régiment d'Infanterie de Nantes, au début de mai 1939. Le jeune P... voulant s'engager dans la marine, se présente au conseil de révision dont fait partie le docteur TURON.

A première vue, le médecin constate une augmentation considérable du volume de l'abdomen. Au palper de ce gros ventre le docteur TURON trouve une tumeur énorme qui ressemble à un fœtus « in utéro » près du terme. Il fait comprendre au jeune homme qu'il est impossible, en raison de cette tumeur d'accepter son engagement, et l'invite à aller consulter un chirurgien, pour examen et intervention, s'il y a lieu.

Le 15 mai 1939, les Docteurs TURON et RIOU examinent ensemble le jeune homme.

On ne relève rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels du malade. Cepen-

dant P... dès sa jeunesse s'était aperçu qu'il avait une grosseur siégeant dans la région supérieure de son abdomen, mais il ne s'en inquiétait pas outre mesure, n'éprouvant aucun trouble. Ses parents l'avaient un jour emmené consulter un médecin des environs de X..., mais notre confrère avait déclaré que cette tumeur abdominale était au-dessus de toutes ressources thérapeutiques et qu'il ne fallait pas s'en inquiéter.

P... Jean est un grand jeune homme dont le thorax un peu maigre contraste avec le ventre énorme. L'abdomen est distendu comme dans une volumineuse ascite, ou comme dans une grossesse à terme. Cette augmentation de volume porte sur l'abdomen tout entier et même la face inférieure du thorax semble notablement élargie. Il n'existe pas de circulation collatérale.

A la palpation : le ventre est uniformément tendu; cependant on parvient à sentir dans la région de l'hypochondre gauche juste sous la paroi abdominale une partie ressemblant exactement à un membre inférieur de fœtus à terme. Une main étant placée dans l'hypochondre droit, l'autre à gauche, si l'on imprime quelques mouvements transversaux à cette tumeur à laquelle semble appartenir ce supposé membre inférieur, on ressent tout à fait la même impression obtenue en palpant un utérus gravide à terme, c'est-à-dire les mouvements du fœtus dans le liquide amniotique. La palpation de l'hypochondre droit révèle l'existence d'une masse uniformément dure. Les

fosses iliaques, l'hypogastre sont tendus, mais le palper arrive à les déprimer légèrement; on a l'impression qu'il existe là du liquide sous tension.

A la percussion : tout l'abdomen est uniformément mat. Rien à l'auscultation.

A la radioscopie : l'abdomen est sombre uniformément, mais l'étage supérieur d'un flanc à l'autre est beaucoup plus sombre que l'étage inférieur. A ce niveau, c'est le noir absolu.

Par ailleurs, l'examen général du sujet ne révèle rien de particulier.

En conclusion, le docteur P. RIOU pense qu'il s'agit d'un kyste dermoïde ou d'un tératome, basant ce diagnostic sur cette impression : la perception dans l'hypochondre gauche d'une partie dure ressemblant à un membre fœtal. Les docteurs RIOU et TURON conseillent au malade de se faire hospitaliser pour examen complémentaire et intervention si possible.

Trois mois s'écoulent sans que l'on entende parler du malade.

Le 17 juillet, le jeune P... Jean, se présente accompagné de son père à la consultation du docteur RIOU : il est décidé à se faire opérer.

En effet, depuis trois mois la masse abdominale a augmenté de volume, et même s'est accrue beaucoup plus vite, semble-t-il, qu'elle ne le faisait auparavant. Il est obligé d'élargir ses vêtements et surtout, il ne peut plus

manger à sa faim : les digestions ne se font plus, il maigrit de jour en jour.

A l'examen, on a toujours la même impression de fœtus « in utero ». Le docteur RIOU déclare à la famille qu'une opération est nécessaire.

Le 23 juillet le malade entre à la clinique. Pendant plusieurs jours, différents examens sont pratiqués : les temps de saignement et de coagulation sont normaux. La phénol-sulfone phtaloïne s'élimine normalement. Une pyélographie bilatérale montre que les bassinets ne sont nullement déformés. Le docteur BRETESCHÉ pratique un examen baryté de tout le tube digestif, le lavement baryté ne révèle rien d'anormal, mais le repas baryté découvre de gros troubles de l'évacuation gastrique : 36 heures et 48 heures après le repas, l'estomac contient encore la plus grande partie de la baryte ingérée.

Le 16 juillet, *intervention chirurgicale* du docteur RIOU, aidé du docteur BRETESCHÉ. — Anesthésie générale. — Incision transversale d'un flanc à l'autre, en passant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. On tombe sur une volumineuse poche de contours vaguement arrondis : elle emplit presque l'abdomen. Au premier abord, seule, la tumeur est perceptible; elle occupe les flancs, les hypochondres, l'épigastre, l'hypogastre, la fosse iliaque et descend même dans le bassin. L'on cherche à se repérer. La main enfoncée dans l'abdomen reconnaît le foie très petit, caché très haut sous les

fausses côtes droites; l'intestin grêle pelotonné dans la fosse iliaque gauche. On ne voit pas d'estomac.

La tumeur est croisée en avant et dans sa partie droite par le colon ascendant que l'on reconnaît d'emblée. Le fascia de Toldt est facilement décollé et l'on rejette aisément le colon sous la fosse iliaque gauche.

Sur la face antérieure de la tumeur et sur la ligne médiane descend la deuxième portion du duodénum aplati comme un ruban collé à la tumeur. Cette portion duodénale allongée descend sur la tumeur depuis la région épigastrique jusque vers le bassin. Là, elle contourne le pôle inférieur de la tumeur, puis on la perd. On essaie de la séparer de la masse. Elle y adhère très fortement et on ne trouve pas de fascia de Treitz clivable, les essais lents et doux de décollement font même parfois érailler la paroi duodénale. Au bout d'une demi heure, ce décollement pénible est enfin achevé.

A la main, on essaie de faire le tour de sa masse et à la compresse, on tente de la séparer des organes qui y adhèrent.

En haut : on la sépare de la face inférieure du foie; celui-ci, minuscule, est comme aplati par le développement de la tumeur.

En bas : on arrive progressivement à énucléer du bassin le pôle inférieur de la tumeur.

En arrière, et du côté droit, on sépare la poche de l'uretère droit et du rein. L'aide soulevant la poche, per-

met de voir la veine cavé et l'aorte. Cette poche est reliée par une sorte de pédicule à la paroi postérieure; celui-ci, long de 6 cm. environ, passe entre la veine cave et l'aorte, il est adhérent à la veine porte. De la traction exercée par l'aide sur la poche, il résulte que la veine cave se trouve soulevée et attirée en avant.

A ce moment le malade est pris d'une syncope : il est blanc, plus de respiration, ni de pouls. Tous les décollements précédents ayant d'ailleurs amené de grosses hémorragies.

L'on se met en devoir de refermer au plus vite. On sectionne au ciseau le pédicule postérieur au ras de la poche et quelques instants après celle-ci est décollée en arrière et à gauche, puis énucléée en bloc.

La circulation et la respiration reviennent faiblement à ce moment; on se hâte de terminer. Hémostase rapide par ligature de quelques gros vaisseaux qui saignent et par une grosse mèche laissé à demeure du côté droit. Pose d'un drain, fermeture en un seul plan, fil bronzé et crins intercalés.

Soins post-opératoire immédiats. Tomi-cardiaques et sérum intra-veineux en abondance; transfusion sanguine de 250 cm³.

Le soir de l'opération, température à 40°, pouls à 130. Le surlendemain de l'opération, on enlève le drain et la mèche. La température se maintient toujours à 40°, le pouls à 150, pendant quatre jours.

Le quatrième jour le malade est pris de vomissements; de plus, il n'avait pas rendu de gaz depuis le début de l'opération. Mort le soir en pleine lucidité.

Examen de la pièce opératoire : c'est une poche volumineuse pesant 16 kilos 500.

A l'ouverture : écoulement d'une douzaine de litres l'un liquide gluant, jaunâtre, contenant des poils en abondance ressemblant absolument au liquide des kystes dermoïdes.

Contenu de la poche : une masse velue par endroit, ressemblant de profil à une tête de porc munie de deux jambes. A un examen attentif, on reconnaît qu'il s'agit de la moitié inférieure d'un corps humain. Il existe deux membres inférieurs : l'un, le droit est entier et bien constitué, la jambe et le pied sont ceux d'un fœtus à terme, avec des ongles en long aux orteils; l'autre membre inférieur est atrophié; le pied qui est bot, est cependant complet, la cuisse est entière, mais la jambe est atrophiée.

Ces deux membres inférieurs s'articulent avec un bassin, on y voit les deux fesses avec un sillon interfessier normal. Contre les cuisses, les deux bourses avec une verge dont le prépuce très développé cache le gland, au-dessus les poils du pubis, avec la disposition particulière au sexe mâle. Le gland est percé par un méat urétral.

(Cette pièce est conservée au musée d'anatomie pathologique de l'Ecole de plein exercice de médecine de Nantes).

OBSERVATION N° II (WAREK)

Sur un cas de tératome de la cavité abdominale.

Enfant de 15 mois. Masse de consistance dure à limites imprécises, paraissant remplir tout la cavité abdominale. Matité absolue, à l'exception de la région sous-ombilicale où le tympanisme est manifeste.

Laparatomie xiphopubienne.

Masse kystique du volume d'une tête d'enfant. Dans la profondeur il existe d'autres petits kystes et une volumineuse tumeur est rétro-péritonéale.

Après incision du feuillet péritonéal, on perce d'abord la masse kystique d'où s'écoule un liquide jaune clair. Sous la partie antérieure de la grosse masse solide, on aperçoit la veine cave inférieure.

En cherchant à libérer la tumeur, on provoque la déchirure de cette veine cave inférieure qui doit être réséquée entre deux ligatures. La tumeur peut-être extirpée après ligature d'un petit vaisseau provenant de l'aorte abdominale. Drainage, fermeture.

Broncho-pneumonie post-opératoire; guérison, avec éventration au niveau de la cicatrice.

La tumeur pesait 3 kilos 500.

Il s'agit d'un tératome comprenant des kystes épithéliaux, des cheveux, du tissu osseux et cartilagineux, des dents et du tissu nerveux.

OBSERVATION N° III (SPENCER)

Tératome kystique de la région splénique.

Femme de 49 ans. Fistulisation au rebord costal gauche, suite d'une pleurésie purulente. Mais au cours de l'intervention : cavité kystique rétro-péritonéale sous-diaphragmatique.

Le kyste contient un tératome dans lequel on reconnaît une tête, un os ressemblant à un fémur sur lequel s'attachaient trois dents, par endroit peau et cheveux.

Il s'agit certainement d'un embryome car l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine ne peut être envisagée, la tumeur étant rétro-péritonéale.

OBSERVATION N° IV (NICHOLSON)

Observation de *tératome de la cavité abdominale*, remarquable non seulement à cause de sa rareté, de son développement rapide, et de l'absence totale, à trois semaines, de signes cliniques, mais à cause de sa structure particulière.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 21 ans; bien constitué qui vient consulter l'auteur le 5 août 1905 à la suite de deux évanouissements s'étant produits la même semaine.

A l'inspection, le ventre paraissait normal, la palpa-

tion permettant de délimiter au niveau de la vésicule biliaire une grosseur de forme ovoïde. Sur la ligne médiane, on sentait une masse immobile, à contours bien limités s'étendant du bord du lobe droit du foie à un point limité à 10 cm. au-dessus du pubis. Bien que la tumeur mesurât 10 cm. de largeur, il n'y avait pas de troubles intestinaux.

Trois semaines plus tard, le malade est pris de vomissements, il se plaignait de douleurs abdominales violentes survenant après les repas : ces deux symptômes allaient en augmentant de fréquence et d'intensité.

Le 3 septembre il fut reçu, et le lendemain, en pratiquant une laparatomie exploratrice, on trouva une masse étendue du rein droit à la dernière vertèbre dorsale et se dirigeant en bas à 10 cm. du pubis. Elle adhérait en arrière à la ligne médiane et latéralement au rein. La tumeur était entourée d'une capsule fibreuse. On entreprit alors une ponction de la masse.

Après l'opération, le malade continue à souffrir violemment et il succombe 15 jours plus tard.

A l'autopsie, on constate que la tumeur entourée d'une capsule fibreuse était de résistance molle; elle adhérait au rein, à la colonne vertébrale de L1 à L4. La vésicule biliaire était distendue par la compression du cholédoque. Il existait des noyaux secondaires dans le foie et les poumons.

Poids total de la tumeur : 2 livres.

La tumeur était lobulée. Sur des coupes faites à des niveaux différents, on trouve des tissus de nature très diverses provenant des couches du blastoderme : de la peau, des formations cutanées, du tissu nerveux (ectoderme), des glandes, des kystes tapissés d'épithélium (endoderme), enfin du tissu osseux, cartilagineux et fibreux venant du mésoderme.

PATHOGENIE

Un fait essentiel caractérise ces tumeurs : c'est la présence de tissus multiples, étrangers à la région où la tumeur se développe. Cette hétérotopie, cette complexité, comment les expliquer?

Pour cela, plusieurs théories, dont certaines déjà anciennes ont été émises.

A. — THÉORIE DE L'ENCLAVEMENT. — Au niveau d'une fente branchiale un pli de peau s'invagine et se trouve pincé dans les tissus voisins : voilà une poche cutanée, ectopique, isolée en pleines parties molles. Cette enclave cutanée sécrète de la matière sébacée : ainsi se développe un kyste de volume croissant par accumulation du contenu. Telle est la théorie de l'enclavement formulée par VERNEUIL et développée par REMACK; elle s'applique à tous les kystes dermoïdes simples des régions sternales, abdominales, sacro-coccygiennes et s'explique par une plicature de l'ectoderme pendant l'évolution des lames ventrales ou dorsales. Mais comme l'objecte MATHIAS DUVAL, un enclavement ectodermique, s'il peut fournir des poils, des glandes, et même des dents, ne pour-

rait pas produire des tissus multiples que l'on trouve dans les productions tératoïdes qui prennent la forme d'organes déterminés (membre, tube digestif) et même d'embryons à peu près entiers.

B. — THÉORIE DE L'INCLUSION FŒTALE. — FOL a découvert que l'entrée de deux spermatozoïdes dans un œuf y détermine l'apparition de deux centres embryonnaires et finalement un monstre double. Or dans cette diplogénèse, il est toute une série de degrés, depuis les monstres doubles autositaires, dont le type le plus parfait est celui des jumeaux accolés : les frères Siamois par exemple où les deux êtres du même âge coexistent, jusqu'à l'ébauche incomplète qui ne se manifeste que par une tumeur à débris dont est porteur un sujet.

Selon cette conception formulée avec une grande ampleur philosophique par GEOFFROY SAINT-HILAIRE, la tumeur est un parasite, frère exigu et avorté du sujet porteur, issu de la même fécondation double, non accolé à son jumeau, mais englobé dans son intérieur : telle est la théorie de l'inclusion fœtale, théorie de l'implantation parasitaire, celle du « fœtus in fœtu ». Cette interprétation ne saurait évidemment convenir à un petit kyste dermoïde qu'il est peu logique de considérer comme le représentant rudimentaire d'un individu distinct. Mais elle acquiert une vraisemblance lorsqu'on l'applique à ces tumeurs de l'abdomen de la région sacro-coccygienne ou du scrotum, où l'on trouve des débris embryonnaires, des

organes à l'état fœtal enfermés dans le corps d'un autre individu.

C. — THÉORIE DE LA PARTHOGÉNÈSE. — MATHIAS-DUVAL, WILMS soutinrent qu'un ovule primordial persistant dans la glande génitale, primitivement hermaphrodite, pourrait présenter dans l'ovaire ou dans le testicule, au moment de la puberté, un début de développement parthogénétique. L'endocymnien ne serait plus le frère jumeau de son porteur, il en serait en réalité, le fils. Mais il est bien difficile d'expliquer en ce cas (par des glandes génitales aberrantes) l'apparition des ganglions extra-génitaux, tels que les tératomes sacrés cependant assez fréquents.

D. — LA THÉORIE BLASTOMÉRIQUE paraît aujourd'hui la plus vraisemblable : elle a réuni presque tous les suffrages et WILMS lui-même s'y est rallié.

Au stade de blastula, si l'on divisait en plusieurs parties la masse cellulaire en voie d'accroissement, chacune de ces parties pourrait évoluer comme un tout et donner naissance à un individu complet; la preuve expérimentale est faite que des cellules blastodermiques isolées, ne disparaissent pas fatalement mais peuvent évoluer pour leur propre compte.

Si donc dans une blastula, un ou plusieurs blastamères s'isolent sous une influence quelconque, ils peuvent évoluer indépendamment de l'ensemble, et donner un organisme plus ou moins rudimentaire, un tératome inclus.

Mais cette théorie blastomérique que l'on oppose en général aux précédentes n'est en somme que la théorie rajeunie de la diplogénèse.

Les temps ne sont plus où l'on croyait les monstruosité doubles formées par la fusion secondaire de deux embryons indépendamment développés. Les deux frères en réalité se développent côte à côte sur la même masse blastodermique et cette évolution des deux frères jumeaux au dépens d'un matériel blastodermique unique, n'est en somme que la reproduction spontanée de l'expérience classique : division d'une blastula unique qui donne deux individus.

Le mécanisme d'apparition de l'embryome, d'après la théorie blastomérique elle-même est donc identique à celui de la grossesse gémellaire : division du blastoderme en deux portions qui se développent indépendamment, et la tumeur mixte est bien un frère inférieur, mais un frère indubitablement de celui qui la porte.

Quand la division est précoce et sépare les amas blastodermiques égaux, il se produit un monstre double complet. Que la scissure dans le blastoderme se produise plus tard, que les masses cellulaires isolées soient inégales, et nous assisterons suivant l'époque de leur scissure et suivant leurs dimensions respectives, à l'apparition d'une monstruosité incomplète, d'un polymélien, d'un endocymnien, d'une tumeur tridermique. Plus les blastomères isolés seront âgés, éloignés du stade d'indifférence

primitive, plus la tumeur formée sera simple, rudimentaire dans sa structure.

Supposons que l'isolement d'un groupe cellulaire se fasse même très tard, quand les trois feuillets se sont développés et que les blastomères plus différenciés soient doués d'une spécificité plus grande, le même phénomène de survie indépendante va se produire. Mais la tumeur constituée ne se composera plus que des tissus dérivés d'un seul feuillet blastodermique. Un îlot ectodermique donnera un kyste dermoïde, un pincement entodermique isolera les éléments d'un kyste mucoïde.

Il ne saurait plus être question ici de frères jumeaux la production est trop réduite en ses proportions, trop rudimentaire en sa structure. Mais le processus formatif est le même : isolement d'une cellule ou d'un groupe cellulaire au cours du premier développement embryonnaire suivi du développement de ces cellules en une masse plus ou moins organisée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tératomes rétro-péritonéaux se ramène en somme à celui des « gros ventres ».

LE DIAGNOSTIC POSITIF est relativement facile, surtout chez l'homme, si on pense à la possibilité de l'affection. Le chirurgien qui examina le ventre du porteur du tératome cité à l'Observation I, fit le diagnostic d'une façon précise, en se basant, avant l'intervention, sur l'inspection, la palpation, la percussion de l'abdomen qui suggérait l'idée de « fœtus in utero » près du terme, avec de plus des signes spécifiques au tératome.

En somme :

Augmentation rapide du volume de l'abdomen.

Distension rappelant celle d'une ascite.

Absence de circulation collatérale.

Palpation semblable à celle d'un utérus gravide, avec grosse quantité de liquide amniotique.

Mise en valeur par le palper bimanuel d'une tumeur uniformément dure, prolongée par une masse ressemblant à un membre inférieur de fœtus à terme.

doivent faire penser au tératome rétro-péritonéal chez l'homme.

D'autre part :

Recherche des antécédents.

Continuité d'un cycle menstruel normal.

Examens de laboratoire, si on a à faire à une femme,

viennent étayer solidement le diagnostic.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL des tératomes rétro-péritoneaux se pose différemment suivant le sexe du malade et si on a à faire à un tératome arrivé au terme opératoire.

I. — CHEZ L'HOMME :

Une rétention d'urine avec gros globe vésical;

Une grosse rate;

Un rein gonflé par hydronéphrose,

sont des hypothèses qu'un examen même superficiel amène à rejeter.

— a) Bien plus difficile est le diagnostic d'une *ascite symptomatique*, car il ne faut pas oublier qu'une tumeur abdominale s'accompagne fréquemment d'ascite et que la poche enveloppant un tératome, lorsqu'elle est distendue par une forte masse de liquide, simule d'assez près une réaction en péritoine libre.

A tel point que c'est la possibilité d'une ascite hépatique, d'origine cirrhotique, néoplasique, syphilitique, qui viendra, en général, en premier lieu, à l'esprit du

clinicien appelé à examiner un malade semblable au nôtre.

Cependant, l'état du foie et de la rate, l'absence du syndrome classique d'hypertension portale (circulation veineuse collatérale, hypertrophie de la rate, hémorroïdes, hémorragies gastro-duodénales, oligurie, opsiurie, mobilité du liquide, matité abdominale déclive à concavité supérieure) d'une part; l'absence d'ictère et d'antécédents, la progression des troubles du transit intestinal et la présence des signes décrits au diagnostic positif, (donnés surtout par la palpation), d'autre part, permettraient de ne pas s'arrêter à ce diagnostic apparent d'ascite hépatique.

La fausse ascite, ou ascite sans ascite est une cause d'erreur à laquelle il faut songer. Toutefois, un synddrome de Koenig, même bâtarde, orienta le diagnostic vers une subocclusion du grêle sans trop de difficultés.

Les cardiopathies, la péritonite tuberculeuse, le cancer du péritoine, les différentes affections hydropisantes (cachexie, entérite chronique grave, mal de Bright, maladie de Banti à la troisième période) donnent aussi des ascites, mais un examen sérieux du malade ne peut jamais amener un praticien à s'arrêter à ces étiquettes, lorsqu'on a à faire à un téréatome devenu typique.

— b) Sur un plan différent, le diagnostic sera d'autant plus délicat que le *téréatome* sera *peu développé*. On voit des cas d'ascite enkystée d'étiologie variée, où le

ventre pointe en avant, ne s'étale pas dans les flancs, où la dénivellation est nulle, quelle que soit la position du malade.

Les malades présentant un type clinique semblable, offrent un diagnostic parfois fort difficile et qui obligerait le médecin consulté à demander au temps de mettre en valeur des symptômes encore peu marqués. Ce sont ces ascites qui simulent très facilement les tumeurs abdominales, tératome y compris. Par exemple : les kystes du mésentère, du pancréas, de l'épiploon ayant en général un siège médian et étant mobiles, les kystes hydatique du foie, de la rate, tout cela complique fort le problème à ce stade de début.

Le diagnostic est en somme impossible pratiquement, surtout, si ayant acquis un certain volume, les tumeurs perdent le siège périombilical, leur mobilité, la zone de sonorité autour d'une matité centrale.

En un mot, toutes les tumeurs abdominales peuvent être difficiles à distinguer d'un tératome peu évolué. Dans ces cas douteux, lorsque le chirurgien a épuisé toutes les ressources fournies par l'étude des antécédents, de l'évolution de la tumeur, des résultats des divers modes d'exploration, il possède encore l'incision exploratrice qui sera d'ailleurs le plus souvent le premier temps de l'intervention curative nécessaire quelle que soit la tumeur rencontrée.

II. — CHEZ LA FEMME :

En dehors des possibilités et des difficultés diagnostiques identiques à celles présentées chez l'homme, les hypothèses qui s'imposeront de prime abord à l'esprit sont : les kystes génitaux, la grossesse surtout compliquée d'hydramnios, les fibromes abdominaux pédiculés.

C'est surtout s'il y a coexistence d'ascite et de kyste de l'ovaire que le diagnostic sera délicat, car après avoir déprimé la couche de liquide péritonéal, on sentira bien une tumeur dans la profondeur, plus dure et plus résistante, mais dont l'appréciation sera presque impossible.

Les kystes du parovaire sont en général plus mous que les tératomes : mais ils sont pédiculés, leur diagnostic est quasiment impossible. C'est seulement s'ils sont inclus qu'on arrivera, grâce au toucher bimanuel à apprécier l'élévation, le déjettement, l'immobilité de l'utérus.

La grossesse, évidemment en dehors de cas spéciaux est d'un diagnostic relativement facile. L'absence de règles, le gonflement des seins, les troubles gastriques et nerveux, l'évolution de l'abdomen, sont normalement des signes typiques et suffisants. Mais dans le cas de grossesse gemellaire avec hydramnios qui masque les signes fœtaux, ou dans les cas de coexistence de grossesse et de tératome, les difficultés sont grandes.

Dans les cas douteux, il faudra si possible attendre le terme de la grossesse présumée; parfois la radiogra-

phie sera d'un précieux secours à partir du cinquième mois surtout.

Le fibrome utérin pédiculé, kystique ou pseudo-fluctuant, ne déterminant pas de pertes de sang, rend le diagnostic délicat, mais le nombre de cas de ce genre est peu fréquent.

TRAITEMENT

En présence d'un tératome abdominal rétro-péritonéal, quelle devra être la conduite à suivre au point de vue opératoire ?

Dans le cas que nous avons eu l'occasion d'observer, deux techniques pouvaient être utilisées.

A) — Ou bien, après laparatomie xipho-pubienne ou transversale d'un hypochondre à l'autre : ouverture de la poche du kyste. Le liquide épais et jaunâtre s'étant répandu à l'extérieur et dans la cavité abdominale, on serait allé chercher le monstre par l'incision pratiquée, tout comme un fœtus dans une opération césarienne.

Une fois le tératome enlevé, deux méthodes s'offrent à nous pour terminer l'opération :

Soit la marsupialisation de la poche à la paroi abdominale;

Soit simplement la fermeture.

Si une telle technique opératoire est employée, c'est à la première méthode qu'il faut avoir recours. En effet, en cas d'infection, ou de toute autre complication à l'intérieur de la poche, on pourra toujours intervenir.

B) — Ou bien, et c'est la technique que nous avons employée dans notre cas, essayer d'énucléer la tumeur kystique en bloc, après l'avoir séparée de tous les organes voisins auxquels elle pouvait adhérer.

De ces deux techniques rapidement exposées, laquelle utiliser et quels en sont les avantages et les inconvénients?

Dans le premier cas, nous avons une intervention peu choquante et rapide : en effet, après ouverture de la paroi abdominale, on tombe tout de suite sur la poche contenant la tumeur et l'ablation du tératome est alors facile.

Dans le second cas, lorsqu'on a recours à l'énucléation totale, quels avantages pouvons-nous en tirer ?

On aura une guérison rapide, définitive, la poche du kyste et son contenu ayant été enlevés en bloc, on ne laissera aucune cellule capable de proliférer et de redonner un nouveau monstre : on aboutira donc à une guérison complète. Mais cette technique opératoire présente de gros inconvénients : elle est très choquante, exemple notre malade qui fut pris au cours de l'intervention d'une syncope grave. Elle est longue, il faut avant de pouvoir énucléer la poche, la décoller de tous les organes auxquels elle peut adhérer.

Quelle que soit la technique employée, l'intervention chirurgicale présente dans ce genre de tumeur une gravité considérable, comme l'expose SCHMINT dans un article de « *Archiv für gynoecologie* » : tumeurs rétro-péritonéales et mésentériques. La mortalité autrefois consi-

dérable après l'opération des tumeurs rétro-péritonéales a notablement diminué dans ces dernières années : elle est encore de 71 %. La cause de cette mortalité encore trop considérable réside dans ce fait que la plupart des malades viennent trop tard à l'opération. Il est vrai que bien souvent les signes cliniques sont pour ainsi dire inexistants, et que le malade se porte normalement. De plus ces interventions, toujours très difficiles, longues, atypiques, extrêmement sanglantes, comportant très souvent des interventions annexes portant particulièrement sur l'intestin, (résections, sutures) et sur les reins, les uretères, les gros vaisseaux, comme par exemple dans notre observation et dans celle WAREK où la veine cave inférieure fut réséquée.

CONCLUSIONS

I. — Les tératomes rétro-péritonéaux sont des *tumeurs monstrueuses* du type endocymien. Elles sont rares.

II. — La *pathogénie* à laquelle on doit s'arrêter à l'heure actuelle est celle développée par la théorie blastomérique. Cette théorie n'est qu'un rajeunissement de celle de la diplogénèse.

III. — Au point de vue du *diagnostic* :

a) Au stade de maturité du tératome, chez l'homme, comme chez la femme, le diagnostic est relativement facile.

b) Il est quasiment impossible si le tératome est peu développé.

IV. — Seul le traitement chirurgical est de mise.

a) La meilleure technique paraît être de tenter l'enucléation de la tumeur en bloc.

b) Cette opération est d'un *pronostic* particulièrement grave (71 % de mortalité).

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
CUNEO

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BLANC. — Classification tératologique. (*Lyon* 1895).
- BAUDOUIN. — Rapport des tératomes chirurgicaux et des monstres doubles. (*Archives de Chirurgie* 1907).
- BAUGE (F.). — Contribution à l'étude des tumeurs rétro-péritonéales et latérales.
- BEERENS. — Un cas de Tératologie. (*Bruzelles Médical*, 7 novembre 1926).
- CHAUVIN. — Précis de Tératologie. (*Masson* 1923).
- CHAUVIN. — Du Monstre double ou kyste dermoïde. La théorie de la diplogénèse s'oppose-t-elle à la théorie blastomérique ? (*Progrès Médical*, 20 mars 1920).
- CÉLESTINO DU CORTY. — Eléments d'Embryologie. (*Masson* 1938).
- ~~ANTONY~~ CORDIER et COULONNA. — Description morphologique des pièces tératologiques du Musée d'Anatomie de Lille. (*Echo Médical du Nord*, n° 50, 16 décembre 1934).
- Camille DARESTE. — Recherche sur la production artificielle des Monstruosités ou essai de stéréotogénèse expérimentale. (*Reimwald and C°*) 1877.

- YVES DELAGE. — La Structure du protoplasma et les théories sur l'Hérédité et les grands problèmes de la biologie générale (*Reinwald et C°*).
- HEBLE. — Les Tumeurs rétro-péritonéales mésodermiques. Contribution à l'étude de leur morphogénèse. (*Arch. für Klinischen Chirurg.* 12 avril 1918).
- G. SAINT HILAIRE. — Histoire des monstruosités. 1836.
- GLEY et CHARRIN. — *Archives de physiol. normale et pathol.*
- GUINARD. — Précis de tératologie.
- LAGUESSE et BAR. — Sur l'origine des Monstres Doubles en général. (*Journal d'Anatomie* 1938).
- NICHOLSON. — Tératome rétro-péritonéal. (*Rev. méd. de la Vallée du Missipi*).
- PABEUF (A.). — Tératomie du testicule. (Paris *Thèse* 1903).
- RABAUD. — Théorie tératologique de la formation des Tumeurs. (*Archives générales de Médecine*, 1901).
- RABAUD. — La Tératogénèse.
- RABAUD. — Fragments de Tératologie générale. Arrêt et excès de développement. (*Bulletin Scientifique de la France et de la Belgique*. 1901).
- SCHMIDT (M.-H.). — Des Tumeurs rétro-péritonéales et mésentériques. (*Arch. fin gyncechogie.* t. CXVIII page 3).
- SPENCER. — Tératome kystique suppuré de la région splénique.

TUR. — Les monstres endocymiens. (*Journal d'anatomie et de Biologie*. 1905).

TOUGET et MAGNON. — Monstre humain parasitaire. (*Acad.émie des Sciences. Compte rendu*. 1912).

WERNICKY. — Recherches expérimentales sur la cause de quelques monstruosités. (*Recueil zoologie Suisse Anzeig*. 1890).

WEIR. — Sur un cas de Tératome de la Cavité abdominale. (*Brun's Beiträge zur klinischen chirurg.* tome CLV. Fas. I Mars 1932, p. 125-129).

ZEPSTEIN. — Monstres à la Maternité de Lariboisière.

ZAMPA. — Contribution à l'étude des Tératomes.
(*Thèse Paris* 1937).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV.

481